



# Regionalismo differenziato: il colpo di grazia all'universalismo del SSN?

Nino Cartabellotta

Presidente GIMBE

In attuazione dell'art. 116 della Costituzione, che attribuisce alle Regioni a statuto ordinario "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" sulla base di un'intesa con lo Stato, Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto avevano sottoscritto al fotofinish con il Governo Gentiloni accordi preliminari sul regionalismo differenziato. Il Contratto per il Governo del Cambiamento ha ribadito come "questione prioritaria (...) l'attribuzione, per tutte le Regioni che motivatamente lo richiedano, di maggiore autonomia in attuazione dell'art. 116 della Costituzione, portando anche a rapida conclusione le trattative tra Governo e Regioni attualmente aperte". Nel frattempo, altre 7 Regioni (Campania, Lazio, Liguria, Marche, Piemonte, Toscana, Umbria) hanno conferito ai Presidenti il mandato di avviare il negoziato; Basilicata, Calabria e Puglia sono alla fase iniziale dell'iter, mentre solo Abruzzo e Molise non risultano aver avviato iniziative formali. Dal punto di vista legislativo, una volta stabi-

lita l'intesa, il Governo formulerà il DDL che dovrà essere approvato dalle Camere con maggioranza assoluta.

In un quadro di crescenti autonomie regionali la cartina al tornasole della tenuta dello stato sociale è rappresentata dalla sanità dove già oggi il diritto costituzionale alla tutela della salute, affidato a una leale collaborazione tra Stato e Regioni, è condizionato da 21 sistemi sanitari che generano disuguaglianze sia nell'offerta di servizi e prestazioni sanitarie, sia soprattutto negli esiti di salute. In questo contesto, l'attuazione tout court dell'art. 116 non potrà che amplificare le disuguaglianze di un Servizio Sanitario Nazionale, oggi universalistico ed equo solo sulla carta.

In altre parole, senza un contestuale potenziamento delle capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, il regionalismo differenziato legittimerà il divario tra Regioni, in particolare tra Nord e Sud, violando il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini. Infatti, le

maggiori autonomie richieste dalle 3 Regioni sulla tutela della salute lasciano intravedere conseguenze spesso imprevedibili: dalla rimozione dei vincoli di spesa in materia di personale all'accesso alle scuole di specializzazione; dalla stipula di contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro" per i medici agli accordi con le Università; dallo svolgimento delle funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione al sistema di governance delle aziende e degli enti del SSR; dalla richiesta all'AIFA di valutazioni tecnico-scientifiche sull'equivalenza terapeutica tra diversi farmaci agli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSR, sino all'autonomia in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi. Ulteriori autonomie per Emilia-Romagna (distribuzione diretta di farmaci) e Veneto che punta alla gestione del personale: regolamentazione dell'attività libero-professionale e definizione di incentivi e misure di sostegno per i dipendenti del SSR in sede di contrattazione collettiva.

In questo inquietante scenario l'assistenza pediatrica non è immune dall'imprevedibilità delle conseguenze, tanto più che il punto di partenza è ancora una volta rappresentato da notevoli differenze regionali, come dimostrato dal report della Fondazione GIMBE sulle coperture vaccinali [1] (Figura 1).

Per far luce sui potenziali rischi del regionalismo differenziato sulla tutela della salute, la Fondazione GIMBE ha lanciato una consultazione pubblica [2] per stimare l'impatto delle maggiori autonomie in sanità sulle disuguaglianze regionali (scala 1-4 da minimo a massimo). Alla consultazione hanno partecipato 3920 persone, un campione rappresentativo della popolazione italiana con un margine di errore inferiore all'1,6%, e sono pervenuti 5610 commenti. Dai dati quantitativi e dall'analisi preliminare dei commenti è emerso che:

- l'esigua percentuale di "non so" (range 2-8,2%) e l'elevato numero di commen-

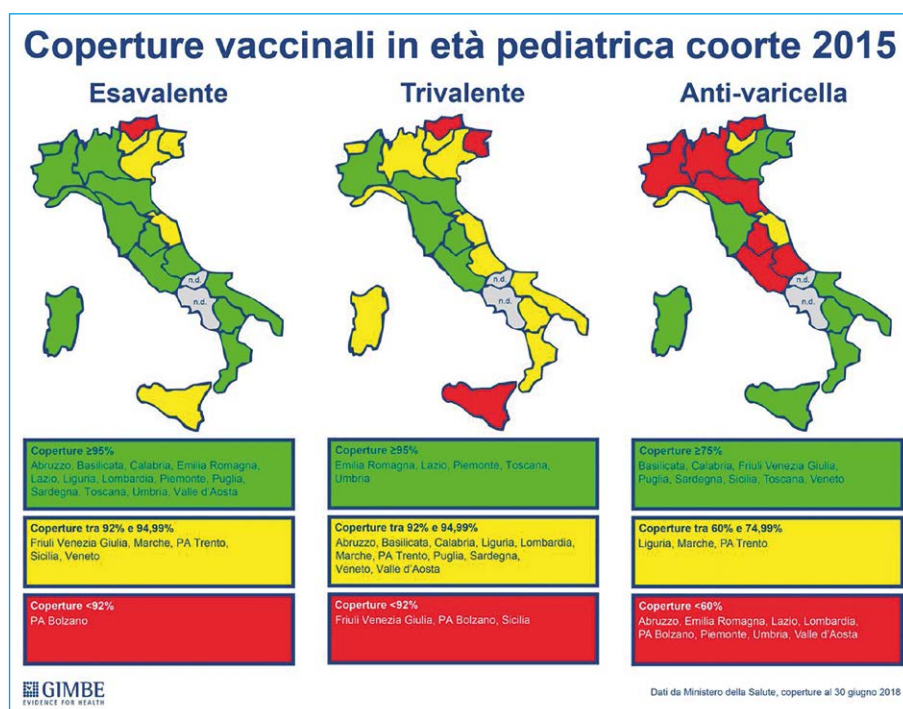


Figura 1.

**TABELLA.** Risultati della consultazione pubblica lanciata dalla Fondazione GIMBE “Maggiori autonomie in termini di tutela della salute richieste da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto ai sensi dell’art. 116 della Costituzione Italiana”

Autonomia	Media	Non so	Commenti
Maggiore autonomia finalizzata a rimuovere specifici vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale	3,4 (± 0,9)	4,3%	n. 640
Maggiore autonomia in materia di accesso alle scuole di specializzazione	3,3 (± 0,9)	3,3%	n. 540
Possibilità di stipulare, per i medici, contratti a tempo determinato di “specializzazione lavoro”	3,2 (± 1,0)	7,9%	n. 510
Possibilità di stipulare accordi con le Università del rispettivo territorio: per l’integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale [Emilia-Romagna e Veneto], per rendere possibile l’accesso dei medici titolari del contratto di “specializzazione lavoro” alle scuole di specializzazione [Emilia-Romagna e Veneto], per l’avvio di percorsi orientati alla stipula dei contratti a tempo determinato di “specializzazione lavoro” [Lombardia]	3,2 (± 1,0)	6,4%	n. 470
Maggiore autonomia nello svolgimento delle funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione, limitatamente agli assistiti residenti nella Regione	3,4 (± 1,0)	2%	n. 490
Maggiore autonomia nella definizione del sistema di governance delle aziende e degli enti del SSN	3,4 (± 1,0)	4,1%	n. 440
Possibilità di sottoporre all’Agenzia italiana del farmaco (AIFA) valutazioni tecnico-scientifiche relative all’equivalenza terapeutica tra diversi farmaci	3,2 (± 1,0)	6,1%	n. 510
Competenza a programmare gli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN	3,1 (± 1,0)	4,8%	n. 360
Maggiore autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi	3,1 (± 0,9)	3,6%	n. 440
Maggiore autonomia in materia di gestione del personale del SSN, inclusa la regolamentazione dell’attività libero-professionale [solo Veneto]	3,4 (± 0,9)	7,4%	n. 360
Facoltà, in sede di contrattazione integrativa collettiva, di prevedere, per i dipendenti del SSN, incentivi e misure di sostegno [solo Veneto]	3,0 (± 1,1)	8,2%	n. 390
In tema di distribuzione ed erogazione dei farmaci: competenza a definire, sotto profili qualitativi e quantitativi, le forme di distribuzione diretta dei farmaci per la cura dei pazienti soggetti a controlli ricorrenti [solo Emilia-Romagna]	3,0 (± 1,1)	10,5%	n. 460

- ti riflette un campione composto prevalentemente da stakeholder della sanità;
- l’impatto delle maggiori autonomie in sanità sulle disuguaglianze regionali viene percepito rilevante (media 3,0-3,4%), con deviazioni standard omogenee tra le diverse autonomie (0,9-1,1%);
  - tra le preoccupazioni più frequenti: imprevedibilità delle conseguenze, ulteriore spaccatura Nord-Sud, aumento del divario tra Regioni ricche vs povere, differenziazione del diritto costituzionale alla tutela della salute;
  - le numerose proposte per “mitigare” i possibili effetti collaterali delle maggiori autonomie in sanità puntano sostanzialmente in due direzioni: aumento delle capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni e meccanismi di solidarietà tra Regioni.

Seppur limitati alla sanità questi risultati suggeriscono che il regionalismo differenziato deve essere “maneggiato con cura” con l’irrinunciabile obiettivo di rispettare gli equilibri previsti dalla Costituzione e garantire i diritti civili a tutti i cittadini sull’intero territorio nazionale [3]. Ecco perché la Fondazione GIMBE ha invitato tutte le forze politiche a mettere da parte posizioni superficiali e sbrigative e ad avviare un vero dibattito, favorendo la più ampia partecipazione della società civile. Se al momento nessun confronto pubblico è stato avviato, indubbiamente la corsa al regionalismo differenziato ha subito una brusca battuta d’arresto, in particolare per le conseguenze che potrebbe avere sulla tutela della salute, come rilevato – oltre che dalla Fondazione GIMBE – anche dalla FNOMCeO, dalle associazioni dei cittadini e della stessa Ministra della Salute.

1. Vaccinazioni in età pediatrica: impatto dell’obbligo sulle coperture vaccinali in Italia. Fondazione GIMBE 2019. [www.gimbe.org/coperture-vaccinali-2018](http://www.gimbe.org/coperture-vaccinali-2018) (ultimo accesso: 24 marzo 2019).

2. Regionalismo differenziato, il warning della Fondazione GIMBE sul rischio disuguaglianze. Al via una consultazione pubblica. Sanità 24 2019;6 febbraio. [www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2019-02-06/regionalismo-differenziato-warning-fondazione-gimbe-rischio-disuguaglianze-via-consultazione-pubblica-093121.php?uuiid=AF9BvXI](http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2019-02-06/regionalismo-differenziato-warning-fondazione-gimbe-rischio-disuguaglianze-via-consultazione-pubblica-093121.php?uuiid=AF9BvXI) (ultimo accesso: 24 marzo 2019).

3. Gobbi B. Autonomie regionali, gli esperti bocciano il capitolo sanità. Il Sole 24 Ore 2019;18 febbraio. [www.ilsole24ore.com/art/notizie/2019-02-18/autonomie-regionali-e-sperti-bocciano-capitolo-sanita-104243.shtml?uuiid=ABm7pRVB](http://www.ilsole24ore.com/art/notizie/2019-02-18/autonomie-regionali-e-sperti-bocciano-capitolo-sanita-104243.shtml?uuiid=ABm7pRVB) (ultimo accesso: 24 marzo 2019).

✉ [nino.cartabellotta@gimbe.org](mailto:nino.cartabellotta@gimbe.org)

## Commento a cura di Paolo Siani

Pediatra, Napoli e Past President ACP

Al termine della precedente legislatura, esattamente il 28 febbraio 2018, è stato firmato l'accordo preliminare sulla cosiddetta "autonomia differenziata" tra il Governo e le Regioni Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna.

Si tratta del riconoscimento di forme e condizioni particolari di autonomia previsti dall'art. 116 della Costituzione, terzo comma. Le Regioni Lombardia e Veneto hanno chiesto competenze (e quindi anche risorse) su 23 materie, l'Emilia-Romagna su 12; 5 i tavoli già aperti (su sanità, istruzione, ambiente, lavoro, rapporti con l'Europa); bisognerà poi lavorare sugli altri 18. L'accordo preso il 28 febbraio dell'anno scorso dovrà passare al voto dell'attuale Parlamento e avrà durata decennale e potrà essere rinnovato; dopo 8 anni si farà una prima valutazione.

Le 3 Regioni non chiedono più risorse da Roma, ma più risorse trattenute alla fonte per la gestione di alcune competenze e per garantire alcune peculiarità.

Sostengono che si dovrà determinare il superamento della spesa storica per passare ai costi standard. Questa è una opportunità per tutte le Regioni, sostengono.

Ebbene, ma se non si definiscono prima i livelli essenziali di prestazione e ci si accerta che vengano raggiunti da ogni Regione,

l'attuazione di questi accordi può determinare un grave danno per le Regioni meridionali. In altre parole non si può far finta di non vedere le disuguaglianze sociali e sanitarie che esistono nel nostro Paese.

Il treno Freccia Rossa, che collega l'Italia da Sud a Nord, è un simbolo perfetto del livello delle disuguaglianze nella salute nel nostro Paese. Partendo da Napoli, dove la speranza di vita è di 81 anni, man mano che si va verso il Nord questa aumenta fino ad arrivare a Milano, dove la stessa raggiunge gli 83 anni.

Inoltre dal 2005 l'aspettativa di vita di un abitante del Trentino è aumentata di 18 mesi rispetto a quella di un calabrese.

Anche i livelli essenziali di assistenza (LEA) in campo sanitario si modificano da Sud a Nord. In Piemonte il punteggio LEA è di 221, in Veneto ed Emilia-Romagna 218, in Sicilia 160, in Campania 153, in Calabria 136.

Inoltre la spesa sociale in un paesino di circa 3000 abitanti in provincia di Catanzaro è di 109 euro, mentre per un paesino con lo stesso numero di abitanti ma in provincia di Parma è di 257 euro per abitante. Basterebbero questi pochi dati per capire quanto sia importante in questo momento storico in cui si parla dell'autonomia differenziata richiesta da tre grandi Regioni del

Nord porre al centro del dibattito la questione meridionale.

Prima di discutere infatti di autonomia differenziata è necessario che tutti i cittadini, a Vibo Valentia o a Cuneo, abbiano le stesse opportunità, gli stessi diritti, gli stessi servizi o quanto meno lo stesso livello essenziale di prestazione.

Oggi è evidente e sotto gli occhi di tutti, di chiunque attraversa l'Italia con la Freccia Rossa, che così non è.

Se finalmente vengono stabiliti i livelli essenziali delle prestazioni, secondo cui per esempio la percentuale di bambini che deve frequentare l'asilo nido è del 33% come stabilito dall'Europa, avremo, in base alla perequazione stabilita dalla Costituzione, finanziamenti adeguati al Sud per consentire almeno a 1/3 dei bambini meridionali di poter frequentare l'asilo nido. Esattamente come accade oggi per i bambini del Nord.

L'assenza dei livelli essenziali delle prestazioni determina distorsioni evidenti tra le varie aree del Paese: chi non ha mai usufruito di servizi, perché impossibilitato, continua a non averne; chi, invece, ce li ha già, viene premiato con maggiori finanziamenti.

Occorre al contrario concretamente puntare all'affermazione del principio di



### Malattia di Kawasaki e rischio di coronaropatia: Asia ed Europa non sono uguali

Il coinvolgimento delle arterie coronarie è la complicanza più temibile della malattia di Kawasaki (MK) e si verifica nel 15-25% delle MK non trattate. La terapia precoce con immunoglobuline endovena (IGEV) ne ha ridotto sensibilmente la prevalenza e, tuttavia, il 10-15% dei bambini con MK non risponde alle IGEV e rappresenta un sottogruppo di pazienti a rischio particolarmente elevato di coronaropatia. Diversi gruppi di ricercatori asiatici (in Asia la MK è 10-20 volte più frequente che nei Paesi occidentali) hanno proposto score clinici con l'obiettivo di individuare i potenziali non-responders da trattare con terapia antinfiammatoria aggiuntiva (corticosteroidi, fondamentalmente). Sembra, peraltro, che questi score non funzionino altrettanto bene nelle popolazioni caucasiche. Uno studio multicentrico italiano (Eur J Pediatr 2019;178:315-22) ha verificato retrospettivamente l'affidabilità di tre score proposti in letteratura - Kobayashi (KS), Egami (ES) e Formosa (FS) - in 257 bambini con MK (90% caucasiche). Nel 16.7% dei casi si è verificata una non risposta alle IGEV con un rischio significativamente maggiore di coronaropatia in questo gruppo rispetto a quello dei responders (37.2% vs 19.6%,  $p < 0,01$ ). Sfortunatamente nessuno dei tre score testati ha mostrato una sufficiente affidabilità nell'individuare i pazienti che non avevano risposto alle IGEV. Sensibilità e specificità per il KS sono state rispettivamente 64% e 62,5% (VPN 89,3%, VPP 26,2%), per l'ES 41,4% e 77,4% (VPN 87,9%, VPP 25%) e per il FS 70,8% e 44,9% (VPN 85,1%, VPP 25,8%). Interessante notare che nei pochi ( $n=7$ ) pazienti asiatici presenti nella casistica, il KS ha mostrato una sensibilità del 100% e una specificità del 75%.

Questi dati sembrano confermare che gli score asiatici, proposti per individuare i bambini con MK a rischio di non risposta e quindi di coronaropatia, non funzionano altrettanto bene in Occidente, probabilmente per una diversa predisposizione genetica o una diversa espressività clinica e laboratoristica della malattia. Anche l'effetto protettivo della terapia antinfiammatoria aggiuntiva con corticosteroidi attende una conferma definitiva nei bambini non-asiatici così come l'ha avuta nei bambini asiatici (JAMA Pediatr 2016;170:1156-63). In sintesi, c'è necessità di sapere di più sulla MK dei Paesi occidentali, perché l'obiettivo (la prevenzione della coronaropatia) è rilevante e gli strumenti oggi a nostra disposizione ancora troppo imprecisi.

Enrico Valletta

“equità orizzontale” di cui parlava il Premio Nobel per l'Economia James M. Buchanan.

Nel libro *La salute disuguale*, Michael Marmot evidenzia che la povertà non è un destino e nulla di ciò che riguarda le iniquità di salute è inevitabile. Le disuguaglianze di salute nascono dalle disuguaglianze nella società e solo intervenendo sui determinanti sociali è possibile ridurre la palese e ingiusta differenza nella distribuzione della salute che esiste sia tra Paesi sia all'interno di uno stesso Paese. Con quello che lui chiama “ottimismo basato sulle prove”, occorre mettere in pratica tutti gli interventi possibili per ridurre le disuguaglianze a tutti i livelli.

Come ci hanno insegnato Muhammad Yunus, ideatore e realizzatore del microcredito moderno e Premio Nobel per la Pace nel 2006, e Amartya Sen, Premio Nobel per l'Economia nel 1998, gli interventi sulle famiglie povere per avere effetti concreti non devono basarsi solo su risorse economiche ma necessitano di politiche sociali efficaci.

Tutte le disparità che si possono evitare, non solo di salute, sono ingiuste. E basta questo per dire che vanno combattute. Noi abbiamo il dovere di provarci.

È davvero in gioco, non da ora, il futuro del nostro Paese considerato nella sua unitarietà. Basti pensare, per soffermarci ancora sull'ambito della sanità e del welfare, che la ripartizione del fondo sanitario nazionale, pari a 118 miliardi, viene effettuata secondo vari parametri, il più importante dei quali è rappresentato dalla popolazione anziana. La Campania, che è una regione giovane con un'alta percentuale di persone tra 0 e 17 anni, riceve quindi minori risorse, anche se ha il più alto tasso di povertà, di mamme teenager e di genitori con livello di istruzione uguale o inferiore alla terza media, condizioni che, come è scientificamente provato, influenzano lo stato di salute.

E se valutiamo alcune malattie, per esempio il diabete che ha una prevalenza in Piemonte del 4,5% e in Campania del 6,7% e poi la mortalità per tumore che in Piemonte è di 9,3 per 10.000 residenti 20-64 anni e in Campania si attesta a 10,7, si comprende come è una priorità investire più ri-

sorse per ridurre queste insopportabili disuguaglianze.

Pertanto, seguendo quanto afferma l'art. 119 della Costituzione, cioè garantire la coesione e la solidarietà colmando il divario di sviluppo e di reddito, è necessario prevedere un fondo perequativo che consenta alle Regioni meridionali di colmare il gap, non soldi a perdere sia chiaro ma finalizzati al raggiungimento di precisi obiettivi, con il monitoraggio del Governo sui Presidenti di Regione.

In conclusione è di primaria importanza ragionare prima sui livelli essenziali di prestazioni e ridurre (per poi abolire) le disuguaglianze tra le varie Regioni prima di avanzare proposte di federalismo regionale.

Si rischia di acuire in maniera definitiva e irreversibile la distanza che separa il Mezzogiorno dal Settentrione: se passa l'autonomia differenziata, nascere e vivere al Sud potrebbe significare avere meno diritti. E i nostri giovani avranno meno futuro. L'Italia non sarà più una.

✉ [siani\\_p@camera.it](mailto:siani_p@camera.it)



## E-book o albo illustrato per la seconda infanzia?

Che ci piaccia o no, i dispositivi elettronici sono entrati in modo prepotente in tutte le pratiche di accudimento genitoriali, dalla consolazione automatizzata del bebè tramite infant seat con controllo bluetooth ai libri digitali. Questi ultimi, poi, stanno godendo di una espansione di mercato a ritmi esponenziali: ma come funzionano? Non c'è una risposta completa e definitiva a questa domanda perché sono molte le variabili da considerare e mancano studi scientifici esaustivi a misurare gli effetti positivi o negativi nelle interazioni dei bambini con i media in diversi momenti dello sviluppo (*Pediatrics* 2015;135:1-3), anche se una revisione della letteratura sull'argomento auspica la creazione di e-book interattivi che possano sostenere lo sviluppo del linguaggio in alcune specifiche situazioni (*Developmental Review* 2015;35:79-97). Tuttavia, è di oggi la pubblicazione di uno studio che ha comparato la modalità di relazione tra genitore e figlio durante la lettura di un libro elettronico su tablet e un libro cartaceo. 37 genitori e i loro figli di 24-36 mesi hanno letto un e-book interattivo, un e-book non interattivo e, infine un tradizionale albo illustrato. Il tempo dedicato dalla diade per ogni lettura è stato di 5 minuti e i ricercatori hanno valutato, tramite registrazione video, l'interazione tra genitore e bambino misurando la lettura dialogica, la lettura non dialogica, le verbalizzazioni riguardanti il supporto cartaceo o tablet, le verbalizzazioni negative (ad esempio: "non toccare qui", "lascia stare il pulsante"), e le interazioni non verbali come la condivisione degli stati emotivi e l'esperienza di collaborazione e di influenza reciproca durante la lettura. Le misurazioni, effettuate su intervalli di 10 secondi di analisi del video, hanno mostrato una più elevata interazione verbale positiva del genitore e del bambino nella lettura tradizionale, mentre i risultati peggiori sono stati ottenuti dalla lettura del libro elettronico interattivo, nel quale la conversazione era disturbata ad esempio dal tocco sull'oggetto o personaggio che produceva un rumore o l'audio della parola corrispondente, oppure un suono ambientale riferito alla scena rappresentata a ogni apertura di pagina. La condivisione degli stati emotivi era simile in tutte e tre le esperienze di lettura mentre l'atteggiamento di reciproca collaborazione era massima durante la lettura del libro tradizionale (*Pediatrics* 2019;143(4) e20182012). Quindi, se vogliamo esaltare al massimo la funzione genitoriale di scaffolding, è bene consigliare il libro tradizionale sia per il coinvolgimento verbale che non verbale della diade: il tempo dedicato dall'adulto in una interazione calorosa non è ancora sostituibile da un dispositivo elettronico.

*Costantino Panza*